



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu	: D.AY.PL.01
Yayın Tarihi	: 26.02.2024
Revizyon No	: 00
Revizyon Tarihi	:
Sayfa No	: 1/5

ÜNİTE İÇİ ATIK YÖNETİM PLANI

1. AMAÇ :

Ünite içi atık yönetimi konusunda düzenleme yapmak.

2. KAPSAM :

Bu plan tüm Fakülte Personelini kapsar.

3. KISALTMALAR :

4. TANIMLAR :

5. SORUMLULAR :

Bu planın uygulanması ve kontrolünden temizlik personelleri ve Enfeksiyon Kontrol Alt Kurulu sorumludur.

6. FAALİYET AKIŞI

GENEL BİLGİLER

ÜNİTENİN ADI : T.C.ERCIYES ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ VE HASTANELERİ

TIBBİ ATIKLAR SORUMLUSU : Enfeksiyon Kontrol Alt Kurul Hemşiresi

TIBBİ ATIKLAR SORUMLUSUNUN İRTİBAT TELEFONLARI : 0(352) 207 66 66- 29206

ATIK YÖNETİMİ

6.1. ATIKLARIN AZALTILMASI

6.1.1. Eysel atıkların oluşumunun ve miktarının azaltılması amacı ile yapılacak çalışmalar :

Hastanemiz ve kliniklerde oluşan evsel atıklar düzenli takip edilmektedir. Eysel atıklar siyah torbalara atılmakta ve üzerlerine ait olduğu bölümün adı yazılmaktadır. Eysel atıklara atılabilecek kâğıt, cam vb. maddeler ayrı biriktirilerek kaynağında en aza indirilmeye çalışılmaktadır. Bu amaçlarla camlar için mavi renkli torbalar kullanılmaktadır. Kâğıt atıklar için ise kâğıt biriktirme kutularının içinde mavi renkli torbalar kullanılmaktadır.

6.1.2. Ambalaj atıkların oluşumunun ve miktarının azaltılması amacı ile yapılacak çalışmalar :

Ambalaj atıklarının türlerine göre geri kazanım için kâğıt ve camlar ayrı ayrı toplanmakta, işe yaramayanlar ise evsel atık içerisine atılmaktadır.

6.1.3. Tıbbi atıkların oluşumunun ve miktarının azaltılması amacı ile yapılan çalışmalar :

Hastanemizde ve kliniklerimizde tıbbi atık sarfiyatı incelenerek fiziki yapılara uygun çözümler üretilmiştir. Bu amaçla çöp kovalarının konulduğu alanlar uygun hale getirilmiştir. Delici ve kesici atık kutuları için ergonomik kullanım amacına sahip duvara monte edilebilen askılar yaptırılmıştır. Tıbbi atıklar düzenli olarak takip edilmekte yataklı servis ve kliniklerde çöp kovaları incelenmektedir. Toplanan tıbbi atık poşetlerinin üzerine alınan servis ve kliniklerin etiketi yapıştırılarak çöp alanında ikinci bir kontrol yapılmaktadır. Tespit edilen hatalı çöp biriktirilmelerine müdahale edilmektedir.

6.1.4. Tehlikeli atıkların oluşumunun ve miktarının azaltılması amacı ile yapılan çalışmalar :

Atıkların tehlikeli atıklara yanlışlıkla karışması engellenmekte, yapılan eğitim, uyarı ve denetlemelerle devamlılığı sağlanmaktadır.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
BİRİM KALİTE SORUMLUSU	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	DEKAN



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu	: D.AY.PL.01
Yayın Tarihi	: 26.02.2024
Revizyon No	: 00
Revizyon Tarihi	:
Sayfa No	: 2/5

ÜNİTE İÇİ ATIK YÖNETİM PLANI

6.2. ATIKLARIN KAYNAĞINDA AYRI TOPLANMASI VE BİRİKTİRİLMESİ

6.2.1. Evsel nitelikli atıkların kaynağında ayrı toplanması, bu amaçla kullanılacak toplama ekipmanları ve özellikleri :

Evsel atıkların toplanması için çöp kovalarına siyah torbalar takılır. Evsel atıklar için 4 adet plastik çöp konteyneri hazırlanmıştır. Ayrıca çalışanlar kişisel koruyucu olarak eldiven ve maske kullanılmaktadır.

6.2.2. Ambalaj atıklarının kaynağında ayrı toplanması, bu amaçla kullanılacak toplama ekipmanları ve özellikleri :

Kâğıt atık kutuları ve cam atıklar için mavi renkli torbalar kullanılmaktadır.

6.2.3. Tıbbi atıkların (kesici-delici atıklar dahil) :

Kaynağında ayrı toplanması, bu amaçla kullanılacak toplama ekipmanları ve özellikleri. Kesici ve delici atıklar için sarı plastik kutular ve tıbbi atıklar için kırmızı renkli torbalar kullanılmaktadır. Üzerlerinde "Uluslar arası Biyoteknoloji" amblemi ve "Dikkat Tıbbi Atık" yazıları bulunmaktadır. Kırmızı renkli torbaların çift kat kalınlığı 100 mikron ve 10 kilogram kaldırma kapasiteli torbalardır. Görevli personel için eldiven, koruyucu maske, çizme ve turuncu elbiseler kullanılmaktadır.

6.2.4. Tehlikeli atıkların kaynağında ayrı toplanması, bu amaçla kullanılacak toplama ekipmanları ve özellikleri :

İlaç atıkları, tehlikeli madde bulaş kapları, basınçlı kaplar birim içinde yeşil renkli poşetlerle toplanmaktadır. Diğer tehlikeli atıklarda geçici atık deposunun tehlikeli atık bölümünde mavi bidonlarda biriktirilmektedir.

6.3. ATIKLARIN TAŞINMASI, TAŞIMADA KULLANILACAK EKİPMAN VE ARAÇLAR

6.3.1. Evsel atıkların taşınması, taşıma amacıyla kullanılacak araçlar :

4 adet evsel atık çöp konteyneri.

6.3.2. Ambalaj atıklarının taşınması, taşıma amacıyla kullanılacak araçlar :

3 adet kâğıt ve cam toplama konteyneri.

6.3.3. Tıbbi atıkların taşınması, taşıma amacıyla kullanılacak araçlar :

1 adet tıbbi atık çöp konteyneri.

6.3.4. Tehlikeli atıkların taşınması, taşıma amacıyla kullanılacak araçlar :

1 adet tehlikeli atık çöp konteyneri.

6.4. ATIK TOPLAMA VE BİRİKTİRME EKİPMANLARININ BULUNDUĞU YERLER, TOPLAMA PROGRAMI VE TAŞIMA GÜZERGÂHI

6.4.1. Evsel nitelikli atık biriktirme kaplarının bulunduğu yerler, toplanma saati ve atık taşıma araçlarının izleyeceği güzergâh :

Hastanemiz içerisinde her kliniğin ve servisin fiziki şartlarına göre yeterli sayıda siyah torba takılmış çöp kovaları hasta odaları, sekreter bankolarının yanı ve ünit seperatörlerinin uygun yerlerine konulmuştur. Hastanemiz B ve C Blok bodrum katında çöp konteynirleri bulunmaktadır. Çöp kovaları saat 15:00 dan sonra tamamen değiştirilmekte bu arada dolan kovaların içerisindeki torbalar alınarak temizlik odasında biriktirilmekte ve konteynirlerle taşınarak geçici atık deposuna boşaltılmaktadır. Evsel çöpler sadece yük taşınan asansör ile hasta yoğunluğunun az olan güzergahtan geçici depo alanına götürülmektedir.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
BİRİM KALİTE SORUMLUSU	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	DEKAN



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu	: D.AY.PL.01
Yayın Tarihi	: 26.02.2024
Revizyon No	: 00
Revizyon Tarihi	:
Sayfa No	: 3/5

ÜNİTE İÇİ ATIK YÖNETİM PLANI

6.4.2. Ambalaj atığı biriktirme kaplarının bulunduğu yerler, toplanma saati ve atık taşıma araçlarının izleyeceği güzergâh :

Her klinik ve servis sekreterliklerinde ve klinik içlerinde uygun yerlerde biriktirmenin yapıldığı atık kutular bulunmaktadır. Hasta yoğunluğu az olan güzergahtan kâğıt ve cam atıklar yük taşıma asansörü ile geçici atık deposuna götürülmektedir.

6.4.3. Tıbbi atık biriktirme kaplarının bulunduğu yerler, toplanma saati ve atık taşıma araçlarının izleyeceği güzergâh :

Tıbbi atıklar için hastane içerisinde kırmızı renkli torba takılı kovalar tedavi odaları, pansuman odaları, ameliyathaneler, cerrahi müdahale odalar ve kliniklerde uygun yerlere yeterli sayıda konulmuştur. Tıbbi atıklar saat 15:00 dan sonra toplanmakta bu süre zarfında dolan çöp kutuları atık poşetleri temizlik odalarına alınarak taşıma konteyneri ile geçici atık deposuna taşınmaktadır. Çöpler yük taşınan asansörleri ile hasta yoğunluğunun olmadığı güzergahtan geçici atık deposuna götürülmektedir.

6.4.4. Tehlikeli atık biriktirme kaplarının bulunduğu yerler, toplanma saati ve atık taşıma araçlarının izleyeceği güzergâh :

Tehlikeli atık çıkan servis, klinik ve laboratuvarlarda tehlikeli atık kutuları temizlik odalarında bulunmaktadır. Dolan atık kutusu geçici atık deposuna taşınmaktadır.

6.5. GEÇİCİ DEPOLAMA SİSTEMLERİ

6.5.1. Eysel atık geçici atık deposunun yeri ve özellikleri :

Eysel atık deposu Diş Hekimliği Fakültesi ve Hastanelerinin arka kısmında bulunmaktadır. Toplanan çöpler depolama alanındaki ilgili bölüme konarak belediyenin çöp toplama ekibine teslim edilir. Geçici depolama alanı dört bölümden oluşur: Birinci bölüm tıbbi atıklar; ikinci bölüm evsel nitelikli atıklar; üçüncü bölüm geri dönüşüm atıkları; dördüncü bölüm ise tehlikeli atıklar için oluşturulmuştur. Eysel atık bölümünün duvarlar, seramik, tabanı ise yıkanabilir betondan yapılmıştır. Geçici atık deposunun kapısı mavi renkle boyanmıştır. Havalandırma için demir parmaklı penceresi vardır. Kapısında evsel atık yazısı bulunmaktadır. Eysel atık konteynirleri haftada 1 kez temizlenmektedir.

6.5.2. Tıbbi atık geçici atık deposunun yeri ve özellikleri :

Tıbbi atık alanının duvarları seramikle kaplıdır tabanı ise epoksi ile kaplanmıştır. Depo kapıları üzerlerinde "Uluslar arası Biyoteknik" amblemi ve "Dikkat Tıbbi Atık" yazıları bulunmaktadır. Depoların kullanımı ve ulaşımı kolay ve bulunduğu mevki uygundur. Tıbbi atık deposu her boşaltımdan sonra görevli temizlik personeli tarafından talaşla kuru temizlik yapıp dezenfekte edilir. Havalandırma için demir parmaklı pencere mevcuttur.

6.6. TOPLAMA EKİPMANLARININ TEMİZLİĞİ VE DEZENFEKSİYONU

6.6.1. Tıbbi atık taşıma araçları ile geçici atık depolarının temizliği ve dezenfeksiyon işlemleri :

Depodaki tıbbi atıklar boşaltıldıktan sonra depo ve taşıma konteynirleri önce kuru mekanik temizlik (talaş) sonrasında ise dezenfektan ile temizlenir. Bu işlem depodaki her tıbbi atık boşaltım sonrası ve ihtiyaç halinde yapılır. Tıbbi atık konteynirleri haftada 1 kez ve gerektiğinde temizlenir.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
BİRİM KALİTE SORUMLUSU	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	DEKAN



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu	: D.AY.PL.01
Yayın Tarihi	: 26.02.2024
Revizyon No	: 00
Revizyon Tarihi	:
Sayfa No	: 4/5

ÜNİTE İÇİ ATIK YÖNETİM PLANI

6.6.2. Dezenfeksiyon amacı ile kullanılacak dezenfektanlar :

- Hipoklorik asit
- 1/10 hipoklorit solüsyon

6.7. KAZA ANINDA ALINACAK ÖNLEMLER VE YAPILACAK İŞLEMLER

6.7.1. Tıbbi atıkların toplanması, ünite içi taşınması ve geçici depolanması sırasında oluşabilecek yaralanmalarda alınacak önlemler ve yapılacak işlemler :

Tıbbi atıkların toplanması ve geçici depoya taşınması sırasında oluşabilecek kazalarda ve yaralanmalarda Enfeksiyon Kontrol Alt Kurul hemşiresine haber verilir ve birey Tıp Fakültesi Acil servisine yönlendirilir.

- Yaralanma sonrası temas bölgesi su ve sabunla yıkanır. Mukozal temaslarda bölge bol suyla yıkanır.
- Temas bölgesi kanatılmamalıdır.
- Tetanoz, hepatit B ve immün yetmezlik virüsü (HIV) profilaksisi aşağıdaki esaslara göre uygulanır.

Tetanoz profilaksisi :

- Tetanoz profilaksisi delici-kesici alet yaralanmalarında uygulanır.
- Tetanoz aşısı olmayan kişilerde temiz ve küçük yaralanmalarda sadece tetanoz aşısı (0.5 mL), kirli ve büyük yaralanmalarda hem tetanoz aşısı hem tetanoz immünglobulini (250-500 IU, im)
- Tetanoz aşısı süresi 10 yılı geçmiş kişilerde her tür yaralanmada sadece tetanoz aşısı uygulanır.
- Tetanoz aşısı süresi 5-10 yıl arasında olan kişilerde temiz ve küçük yaralanmalarda herhangi bir profilaksi uygulanmaz, kirli ve büyük yaralanmalarda sadece tetanoz aşısı uygulanır.
- Tetanoz aşısı süresi 5 yıl ve altında olan kişilerde herhangi bir profilaksi gerekmez.

Hepatit B profilaksisi :

- Hepatit B profilaksisi kan ve sekresyonların mukozaya veya bütünlüğü bozulmuş deriye bulaşması durumunda veya kan ve sekresyonlarla kontamine delici-kesici alet yaralanmalarında uygulanır.
- Yaralanan kişi hepatit B aşısı yaptırmamış veya aşılarını tamamlamamışsa ve temas edilen maddede HBV enfeksiyon riski yüksek ise 0.06 mL/kg dozunda hepatit B immünglobulin (HBIG) yapılır. Eş zamanlı olarak aşılamaya başlanır. Aşı ve HBIG farklı deltoid kaslara intramusküler olarak uygulanır. HBIG ve aşı temastan sonra mümkün olan en kısa sürede, tercihen 24 saat içinde yapılır.
- Daha önce aşılanmış kişilerin antikor titresi yeterli ise (anti-HBs \geq 10 mIU/mL) profilaksi gerekmez. Antikor titresi yeterli değilse bir doz aşı uygulanır.
- Aşıya yeterli yanıt alınamamış ve infekte materyalde HBV enfeksiyon riski yüksek ise HBIG verilir ve aşılama şemasına alınır.

6.7.2. Tıbbi atıkların toplanması, ünite içi taşınması ve geçici depolanması sırasında oluşabilecek dökülme ve yayılmalarda alınacak önlemler ve yapılacak işlemler :

- Çöp dökülen bölgeyi temizleyecek kişi gerekli koruyucu kıyafeti giyer,
- Tıbbi atık içeren çöpün yırtılması veya boşalması sonucu dökülen atığın uygun ekipman ile toplandıktan, sıvı atık ise uygun emici malzeme (talaş, peçete v.b.) ile yoğunlaştırdıktan sonra tekrar kırmızı renkli torbalara konur. Kullanılan ekipmanlar ile bölge uygun yer yüzey dezenfektanı ile dezenfekte edilir.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
BİRİM KALİTE SORUMLUSU	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	DEKAN



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu	: D.AY.PL.01
Yayın Tarihi	: 26.02.2024
Revizyon No	: 00
Revizyon Tarihi	:
Sayfa No	: 5/5

ÜNİTE İÇİ ATIK YÖNETİM PLANI

6.7.2. Tıbbi atıkların toplanması, ünite içi taşınması ve geçici depolanması sırasında oluşabilecek yaralanmalar, dökülme-yayılma ve diğer kazaların bildirilmesi, kayıt altına alınması ve raporlanması :

- Oluşan kazalar ve dökülmeler için tutanaklar tutularak raporlar hazırlanır. Dosyalarak kayıt altına alınır.

6.8. SORUMLU PERSONEL

6.8.1. Eysel nitelikli atıklar ile ambalaj atıklarının toplanması ve taşınmasından sorumlu personel ve görev tanımları :

07.00–17.00 ekibinde görevli 10 personel bulunmaktadır. Personel değişimi temizlik personeli şefi tarafından takip edilmektedir.

Görev : Yataklı servis ve kliniklerde biriken evsel ve geri dönüşüm atıklarını saat 15:30 ile 16:30 arasında toplayarak geçici atık deposuna taşımak.

Ekipmanlar : 4 adet evsel atık çöp konteyneri, özel eldiven, koruyucu maske, çizme ve elbiseler.

6.8.2. Tıbbi atıkların toplanması ve taşınmasından sorumlu personel, görev tanımları ve çalışma sırasında kullanılacak özel kıyafetler :

Tıbbi Atıkları toplayan ve geçici depoya taşıyan 12:00-22:00 arasında çalışan 4 personel bulunmaktadır. Personel değişimi temizlik personeli şefi tarafından takip edilmektedir.

Görev : Yataklı servis ve kliniklerde biriken evsel ve geri dönüşüm atıklarını saat 18:30 ile 19:30 arasında toplayarak geçici atık deposuna taşımak.

Ekipmanlar : 1 adet tıbbi atık çöp konteyneri, özel eldiven, koruyucu maske, çizme ve turuncu elbiseler.

6.8.3. Geçici atık deposunun/geçici atık depolama konteynirlerinin işletilmesinden sorumlu personel ve görev tanımları :

Geçici atık deposunun/geçici atık depolama konteynirlerinin işletilmesinden sorumlu 3 personel bulunmaktadır. Personel değişimi temizlik personeli şefi tarafından takip edilmektedir.

Görev : Geçici atık deposunun ve taşıma konteynirlerinin temizlik ve düzeninden sorumludur.

6.9. KAYIT TUTMA VE RAPORLAMA

6.9.1. Oluşan tıbbi atık miktarının belirlenmesi ve kayıt altına alınması :

Geçici atık deposunda biriken tıbbi atıklar gün aşırı saat: 09.00–12.00 arasında anlaşmalı şirkete teslim edilir. Teslim sırasında çöpler kantar ile tartılır. Teslim tutanağı hazırlanarak kayıt altına alınır.

6.9.2. Kayıt altına alma ve raporlamadan sorumlu personel :

Enfeksiyon Kontrol Alt Kurul Hemşiresi, Temizlik Personel Şefi

7- İLGİLİ DOKÜMANLAR :

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
BİRİM KALİTE SORUMLUSU	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	DEKAN